

INFORMAÇÃO BÁSICA REQUERIDA NA REFERENCIAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FORMAS RARAS DE HEMOCROMATOSE OU OUTRAS DOENÇAS RARAS DO METABOLISMO DO FERRO*

* Documento adaptado da proposta da DG santé-CPMS customisation team da EuroBloodNet

MÉDICO

Nome clínico: Cédula Profissional: Telefone:
Instituição: Serviço/Departamento: E-mail:
Data:

Assinatura:

DOENTE/ CONSULTANDO:

Nome completo: Data de nascimento: Sexo: F M
Nº processo clínico: Naturalidade (concelho/distrito): Nacionalidade/etnia: Morada - Código Postal:
Filiação: e

MATERIAL ENVIADO

Sangue periférico em tubo de EDTA DNA Outro (especifique):
Data da colheita: Local da colheita:

INFORMAÇÃO SOBRE O DOENTE

Peso (Kg) Altura (m) IMC (Peso/Altura²) Tensão Arterial (mmHg) Data de observação do doente:

Sintomas Clínicos

Assintomático Fadiga (HP:0012378) Amenorreia (HP:0000141) Diminuição da libido ou disfunção eréctil (HP:0046504/ HP:0100639) Hiperpigmentação cutânea (HP:0000953)
 Artralgias (HP:0002829) Sintomas neurológicos (HP:0000707) Outros

História anterior de:

Hipertensão arterial (HP:0000822) Obesidade (HP:0001513) Diabetes (HP:0000819) Dislipidémia (HP:0003119) Alguma doença inflamatória
 Outra doença relevante
 O doente já foi dador de sangue? Se sim, por quanto tempo?

Hábitos de vida

Existe história de abuso de álcool?
Especifique o consumo de álcool passado e atual (unidades por dia/ por semana)

DADOS LABORATORIAIS (indicar sempre que disponíveis)

<input type="text"/>	Ferro Sérico (µg/dL)	<input type="text"/>	TGO (U/L)	<input type="text"/>	Glicose (mg/dL)	<input type="text"/>	HGB (g/dL)
<input type="text"/>	Transferrina (mg/dL)	<input type="text"/>	TGP (U/L)	<input type="text"/>	Colesterol total (mg/dL)	<input type="text"/>	VGM (fL)
<input type="text"/>	Saturação da transferrina (%) (Fe (µg/dL)/Transferrina (mg/dL) * 1.42)	<input type="text"/>	GGT (U/L)	<input type="text"/>	Triglicérideos (mg/dL)	<input type="text"/>	HGM (pg)
<input type="text"/>	Ferritina (ng/mL)	<input type="text"/>	DHL (U/L)	<input type="text"/>	PCR (mg/L)	<input type="text"/>	Ret-He/CHR (pg) (conteúdo de hemoglobina reticulocitária)
<input type="text"/>	Bilirrubina (mg/dL)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Especificar o tempo dos testes

1ª observação? Depois de intervenção?
Especifique o tipo de intervenção e o seu número

Autorizo que os dados que constam deste formulário sejam objeto de tratamento informático* Sim Não
Declaro que obtive o consentimento do doente para diagnóstico* Sim Não
Envio em anexo o termo de consentimento do doente para diagnóstico e investigação* Sim Não

* Preenchimento obrigatório

INFORMAÇÃO BÁSICA REQUERIDA NA REFERENCIAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FORMAS RARAS DE HEMOCROMATOSE OU OUTRAS DOENÇAS RARAS DO METABOLISMO DO FERRO*

* Documento adaptado da proposta da DG santé-CPMS customisation team da EuroBloodNet

Nome do doente/consultando:

DADOS IMAGIOLÓGICOS

O doente realizou Ressonância Magnética para quantificação do ferro tecidual?

Se sim, especifique as medidas para: Fígado e Baço (R2*/Tesla)

O doente realizou ecografia para deteção de esteatose? Ou fibroscan para definir fibrose?

DADOS HISTOLÓGICOS

O doente realizou biópsia hepática com quantificação de ferro?

Se sim, indique o grau histológico e a distribuição celular

Se disponíveis, indique outros achados relevantes tais como: Esteatose Fibrose Cirrose

INFORMAÇÃO GENÉTICA ANTERIOR

O doente já foi testado para mutações em genes do metabolismo do ferro? Se sim, especifique:

Genotipagem HFE (para p.C282Y e p.H63D)

Outros (nome do gene e da variante testada)

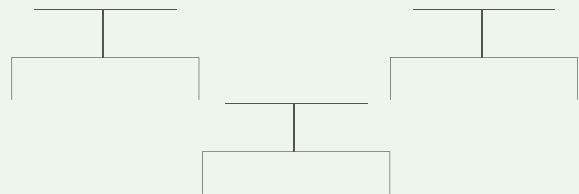
HISTÓRIA FAMILIAR

Algum dos familiares tem história de sobrecarga de ferro? Indique os dados genotípicos e fenotípicos se disponíveis:

Idade de início: aos ____ anos

Informação familiar

Família



Indique a pessoa a ser testada (↗)
Indique todos os familiares já testados
Indique se progenitores consanguíneos (e grau de parentesco)

RESUMO DE INTERVENÇÕES MÉDICAS

O doente já foi tratado por meio de flebotomias intensivas? Se sim, indique:

a) Quantidade total estimada de ferro mobilizado (g): (especifique o método de cálculo)

ou

b) Número de flebotomias até atingir a depleção (ferritina < 50ng/mL) e tempo (em dias):

O doente já foi tratado com quelantes de ferro (Desferal, Deferasirox ou Deferiprone)? Se sim, por quanto tempo?

O doente já foi transfundido? Se sim, quantas unidades de GR?

O doente já foi tratado com ferro oral ou EV? Se sim, especifique a quantidade total administrada (mg)